

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1931-1932. — N° 94

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES

# HÉMORRAGIES INTESTINALES

## DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES

### APRÈS KÉLOTOMIE

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Jeudi 24 Décembre 1931*

PAR

**André-Marie DOMEQ**

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à GANNAT (Allier), le 31 juillet 1906.

---

|                        |   |                                |            |
|------------------------|---|--------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. CHAVANNAZ, professeur..... | Président. |
|                        |   | VILLEMIN, professeur.....      | Juges.     |
|                        |   | LOUBAT, agrégé.....            |            |
|                        |   | DUFOUR, agrégé.....            |            |

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS  
Y. CADORET  
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

—  
1931





Digitized by the Internet Archive  
in 2026



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 94

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES

# HÉMORRAGIES INTESTINALES

## DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES

### APRÈS KÉLOTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Jeudi 24 Décembre 1931*

PAR

**André-Marie DOMEQ**

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à GANNAT (Allier), le 31 juillet 1906.

|                        |   |                                |                   |
|------------------------|---|--------------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. CHAVANNAZ, professeur..... | <i>Président.</i> |
|                        |   | VILLEMIN, professeur.....      | { <i>Juges.</i>   |
|                        |   | LOUBAT, agrégé.....            |                   |
|                        |   | DUFOUR, agrégé.....            |                   |

BORDEAUX  
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS  
Y. CADORET  
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,  
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

## PROFESSEURS

| MM.                                           |              | MM.                                           |            |
|-----------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|------------|
| Clinique médicale.....                        | MAURIAC.     | Zoologie et parasitologie.....                | MANDOUL.   |
| id.....                                       | CASSAET.     | Médecine expérimentale.....                   | DUPÉRIÉ.   |
| Clinique chirurgicale.....                    | CHAVANNAZ.   | Clinique ophtalmologique.....                 | TEULIÈRES. |
| id.....                                       | BÉGOUIN.     | Clinique chirurg. infantile et orthopédie..   | ROCHER.    |
| Pathologie et thérapeutiques générales...     | CARLES.      | Clinique gynécologique.....                   | GUYOT.     |
| Clinique d'accouchements.....                 | ANDÉRODIAS.  | Clinique méd. des maladies des enfants..      | CRUCHET.   |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique.     | SABRAZÈS.    | Chimie biologique et médicale.....            | DELAUNAY.  |
| Anatomie.....                                 | VILLEMEN.    | Physique médicale et pharmaceutique....       | SIGALAS.   |
| Anatomie générale et histologie.....          | G. DUBREUIL. | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. | BONNIN.    |
| Physiologie.....                              | PACHON.      | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques | PETGES.    |
| Hygiène.....                                  | LEURET.      | Clinique des maladies des voies urinaires.    | DUVERGEY.  |
| Médecine légale et déontologie.....           | LANDE.       | Clinique des malad. nerveuses et mentales.    | ABADIE.    |
| Electroradiologie et clin. d'électricité méd. | RÉCHOU.      | Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....        | PORTMANN.  |
| Chimie.....                                   | CHELLE.      | Toxicologie et hygiène appliquée.....         | LABAT.     |
| Botanique et matière médicale.....            | BEILLE.      | Hydrologie thérapeutique et climatologie..    | SELLIER.   |
| Pharmacie.....                                | DUPOUY.      |                                               |            |

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).  
LACOSTE (Histologie).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| MM.                                       |                  | MM.                                         |            |
|-------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------|------------|
| Anatomie.....                             | DUBECQ.          | Chirurgie générale.....                     | PAPIN.     |
| id.....                                   | DUFOUR.          | id.....                                     | JEANNENEY. |
| Physiologie.....                          | FABRE.           | id.....                                     | CHARRIER.  |
| Parasitologie et sciences naturelles..... | R. SIGALAS.      | id.....                                     | LOUBAT.    |
| Médecine générale.....                    | CREYX.           | Obstétrique.....                            | PERY.      |
| id.....                                   | AUBERTIN.        | id.....                                     | RIVIÈRE.   |
| id.....                                   | DAMADE.          | Ophtalmologie.....                          | BEAUVIEUX. |
| id.....                                   | PIÉCHAUD.        | Dermatologie et syphiligraphie.....         | JOULIA.    |
| id.....                                   | DELMAS-MARSALET. | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. | VITTE.     |
| Maladies mentales.....                    | PERRENS.         |                                             |            |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| MM.                      |           | MM.                                      |             |
|--------------------------|-----------|------------------------------------------|-------------|
| Clinique dentaire.....   | CAVALIÉ.  | Puériculture.....                        | FAUGÈRE.    |
| Médecine opératoire..... | PAPIN.    | Démonstrations et préparations pharmac.. | GOLSE.      |
| Accouchements.....       | RIVIÈRE.  | Zoologie et parasitologie.....           | R. SIGALAS. |
| Ophtalmologie.....       | CABANNES. |                                          |             |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.  
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA SOEUR

---

A MA MERE

---

A MON FRERE BERNARD

MON VIEUX CAMARADE

---

AU DOCTEUR TH. DOMECH

---

A TOUS LES MIENS

---

A MES AMIS

AU CHANOINE DOMECH

*Professeur à l'Institut catholique de Toulouse.  
Officier de la Légion d'honneur,*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé  
de la Marine et des Colonies,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Croix de guerre,  
Officier de l'Instruction publique.*

---

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé  
de la Marine et des Colonies,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Officier d'Académie.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine  
de Bordeaux,*

*Correspondant national de l'Académie de Médecine  
et de la Société de chirurgie de Paris,*

*Officier de la Légion d'honneur,  
Décoré de la Médaille interalliée  
et de la Médaille de la Victoire,  
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# HÉMORRAGIES INTESTINALES

## DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES

APRÈS KÉLOTOMIE

---

### INTRODUCTION

---

Après la réduction des hernies étranglées, il survient parfois une complication assez peu connue, mais non exceptionnelle, nous voulons parler des hémorragies intestinales.

Si ces hémorragies étaient rares après la réduction par les taxis où les manipulations de l'intestin pouvaient aboutir à des ruptures de la muqueuse, elles sont devenues beaucoup plus exceptionnelles après la kélotomie. Un cas frappant, observé dans le Service de M. le Professeur Chavannaz, nous a conduit à étudier la question et nous sommes parvenu, dans ce petit travail, à réunir vingt-six observations concernant, toutes, les hémorragies intestinales survenant après la kélotomie dans l'étranglement herniaire.

Nous prions notre vénéré maître, M. le Professeur Chavannaz, d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour le double honneur qu'il nous a fait en voulant bien nous confier ce sujet et en acceptant de présider notre thèse.

En ce qui concerne la division de notre étude, nous donnerons :

Un aperçu historique et la distinction de ces hémorragies en deux types;

Les facteurs généraux qui influent sur leur production et les causes qui les déterminent;

Leurs caractères anatomo-pathologiques;

Les diverses solutions émises pour expliquer leur pathogénie;

Leurs caractères cliniques;

Leur diagnostic;

Leur pronostic;

Leur traitement;

L'exposé de quelques observations, dont une observation inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Chavannaz;

Quelques conclusions.

---

## HISTORIQUE

---

Il ne sera pas question, dans notre travail, des hémorragies intestinales que l'on peut observer après des réductions difficiles de hernie libre, ou même après la cure radicale de ces mêmes hernies. Nous nous intéresserons uniquement aux hémorragies intestinales qui s'observent dans les hernies étranglées après la kélotomie, et nous ne parlerons pas des hémorragies qui surviennent après les manœuvres de taxis.

C'est Schnitzler qui, en 1894, dans l'*Internationale klinische Rundschau*, s'intéresse, le premier à la question. Il expose l'étude de ces entérorragies dont il décrit les symptômes, le mode de production et le pronostic. Sa description est si nette que ce type d'hémorragie a gardé le nom de « maladie de Schnitzler », que lui avait donné Preindlsberger. L'attention des Viennois est alors mise en éveil et nombre de publications sont faites sur cette question : en 1895, un cas est décrit par Schmidt dans le *Wiener medicinische Wochenschrift*; puis c'est le cas de Fickl et enfin celui de Ullmann; mais, avec Ullmann, nous avons des données nouvelles sur la question. Au lieu d'entérorragies survenues pendant les premières heures après la levée de l'étranglement, Ullmann nous fait connaître des entérorragies tardives qui surviennent huit à quinze jours après la kélotomie, avec un nouveau mode de production.

Dès ce moment, on distinguera donc :

- a) Les hémorragies précoces, type Schnitzler;
- b) Les hémorragies tardives, type Ullmann.

En 1898, paraissent de nouvelles publications de Schnitzler, de Luksch, de Zamazal, mais les deux types d'entérorragies

sont toujours étudiées ensemble dans une revue générale très importante de Kukula (*Archives Bohèmes de médecine clinique*, 1900). Ce professeur insiste particulièrement sur l'étiologie de ces hémorragies et leur donne un nouveau mode de production; une deuxième synthèse est faite par Preindlsberger, une observation donnée par Bergman. Kossobudski (*Chirurgia Varzawska*, 1902) fait à son tour une revue générale de la question.

Enfin, c'est au tour des Français de prendre la question en main. Au premier plan se place le mémoire de Sauvé dans la *Revue de chirurgie* de 1905. Il donne une classification de ces hémorragies. Les thèses de Castagnol (Bordeaux, 1901) et de Contant (Lyon, 1906-1907) apportent de nouvelles observations. Des publications postérieures à 1905 auront trait aux hémorragies tardives (Canestro-Patel-Aloi); enfin, une étude de Mourgues-Molines paraît dans le *Montpellier médical*, 1925.

Etant donné leurs différences au triple point de vue étiologique, symptomatologique et pronostique, nous diviserons les entérorragies en :

- 1° Entérorragies précoces;
- 2° Entérorragies tardives,

les premières survenant presque aussitôt après l'opération, les secondes seulement après le sixième jour.

---

## ETIOLOGIE

---

Le petit nombre d'observations ne nous permet qu'une statistique bien insuffisante pour établir l'étiologie de ces entérorragies. Essayons cependant de signaler, avec ce que nous possédons, le rôle de quelques facteurs généraux qui peuvent influencer sur ces deux sortes d'hémorragies; nous verrons ensuite les causes déterminantes plus précises qui nous sont fournies par l'examen de l'intestin durant la kélotomie et qui, jointes à l'examen des lésions constatées parfois à l'autopsie, nous indiqueront les diverses solutions auxquelles on peut aboutir pour expliquer la pathogénie de ces accidents.

### A. — FACTEURS GÉNÉRAUX.

Le sexe aurait peu d'importance; si la lésion est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, il est intéressant de rappeler que l'étranglement est plus fréquent chez la femme; nous avons six cas observés chez la femme dans vingt-six publications.

L'âge importe davantage. En moyenne, ces entérorragies se produisent entre 40 et 70 ans. Le plus jeune malade a 17 ans; le plus âgé 79 ans (le nôtre, 58 ans), mais n'oublions point que les hernies étranglées sont rares chez l'enfant.

Contant (thèse de Lyon, 1906-1907) insiste sur le rôle des affections hépatiques, des cirrhoses, des affections dyscrasiques et des maladies infectieuses qui prédisposent aux hémorragies

(hémophilie, purpura). Elles influent sur la fréquence des entérorragies, qui nous intéressent, et sur leur abondance par l'incoagulabilité du sang qu'elles déterminent.

#### B. — CAUSES DÉTERMINANTES.

1° *Dans les hémorragies précoces.* — La hernie était généralement vieille et volumineuse (hernies congénitales); dans notre observation, la hernie « date de toujours » et, le plus souvent, il s'agissait de hernies inguinales (18 cas sur 26) ayant présenté déjà une ou plusieurs crises d'étranglement.

A l'ouverture du sac herniaire, on constate généralement la présence d'un liquide abondant et sanguinolent.

Cette hémorragie sacculaire peut déjà faire presque prévoir une entérorragie, car, si cette hémorragie sacculaire est fréquente et l'entérorragie un phénomène rare, du moins lorsqu'il y a entérorragie, il y a toujours dans le sac un liquide sanguinolent constaté par l'opérateur.

L'étranglement est le plus souvent très serré. Schnitzler insiste sur ce point. Mourgues-Molines fait remarquer que, dans son observation, l'étranglement était « médiocrement serré ».

Cet étranglement est récent, en moyenne onze heures; cas exceptionnels : quatre jours; le plus récent, quatre heures.

L'anse étranglée est longue; elle est aussi rouge vineuse, mais elle est intègre et se contracte bien sous un jet de sérum artificiel tiède:

2° *Dans les hémorragies tardives.* — Le volume de la hernie est généralement plus petit que dans les hernies à entérorragies précoces, sauf les cas de Luksch et de Zamazal.

A l'ouverture du sac herniaire, le liquide est peu abondant et parfois presque nul.

L'étranglement est très serré, comme dans les hernies à entérorragies précoces, mais, de plus, cet ébranlement a duré longtemps : il a duré au moins vingt-quatre heures et parfois

trois ou quatre jours (Ullmann-Fickl), ce qui nous fera comprendre les lésions définitives des artères.

L'anse herniaire est courte (13 centimètres chez le malade de Canestro; cependant, dans le cas de Luksch elle est de 40 centimètres).

Le malade a des artères sinueuses et dures relevant de l'artério-sclérose et cette artério-sclérose a pour Ullmann, Sauvé et Canestro, une importance manifeste sur la production des hémorragies du type Ullmann.

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

Les cas mortels après l'accident qui nous intéresse ne sont pas nombreux et, lorsque l'issue fatale est arrivée, l'autopsie n'a pas toujours été possible. Examinons cependant ces quelques constatations anatomo-pathologiques :

### A. — EN CE QUI CONCERNE LES HÉMORRAGIES PRÉCOCES.

Pour ces hémorragies surtout, nous sommes pauvres en renseignements, car, non seulement les sujets autopsiés sont peu nombreux, mais la mort chez eux reconnaît le plus souvent une autre cause.

1° *Dans les cas de Schnitzler.* — L'autopsie montre une nécrose de la muqueuse de la portion étranglée; une péritonite circonscrite et un infarctus hémorragique du lobe supérieur du poumon droit. De plus, le malade était alcoolique. Schnitzler attribue la mort à l'infarctus pulmonaire, et l'alcoolisme y joue aussi un rôle.

2° *Dans le cas de Luksch.* — Les anses intestinales sont très allongées et, en plusieurs endroits, collées entre elles. Les intestins et le péritoine pariétal sont couverts de pus fibrineux. L'anse réduite est encore rouge bleu et couverte de pus. Dans la cavité abdominale, on trouve un demi-litre de liquide sanguinolent et fibrineux; la muqueuse de l'anse réduite est une masse pulpeuse brun foncé qui renferme à peu près un litre de sang noir. Rein congestionné et en dégénérescence graisseuse ainsi que le cœur.

Nous sommes là en présence d'une infection généralisée, une toxi-infection herniaire peut-être; l'infection était imminente et la réduction n'a pu que la hâter.

3° Dans le cas de *Kukula*, les lésions se compliquent d'un volvulus complet, qui provoque un conglomérat des anses grêles non herniaires intra-abdominales.

4° Dans le cas de *Preindslberger*, un peu de liquide sanguinolent et une couleur feuille morte de l'intestin en plusieurs endroits, sans traces d'exsudats inflammatoires; mais il y a également une broncho-pneumonie très étendue qui, pour *Preindslberger*, est la vraie cause de la mort.

#### B. — EN CE QUI CONCERNE LES HÉMORRAGIES TARDIVES.

Les autopsies sont plus nombreuses et plus explicites. On constate presque toujours de l'artério-sclérose généralisée et, souvent, de l'ictère, de la congestion passive aux bases des poumons, un cœur dilaté, adipeux très souvent. Lésions graves du foie, cirrhoses en particulier. L'intestin, vu de l'extérieur, ne montre rien d'anormal, sauf l'extrémité de l'intestin grêle, le cæcum et même le côlon, qui sont d'une couleur rouge foncé. Au niveau des sillons qui délimitent l'anse étranglée, on voit des anneaux ecchymotiques; ils deviennent grisâtres et semblent indiquer un amincissement de la paroi. Le contenu intestinal est hémorragique et consiste en un sang noir. L'anse étranglée noirâtre est dépolie à sa surface interne; ailleurs, exsudats fibrineux. La muqueuse est épaissie.

Au-dessus du premier étranglement, la paroi intestinale est altérée jusqu'à une certaine hauteur et nous pouvons voir en cette lésion la source d'hématémèse observée quelquefois.

Mais l'anse peut être altérée encore davantage; nous remarquons sur une partie de la muqueuse que celle-ci est de couleur gris jaunâtre.

Une zone souvent ovale de cinq à dix centimètres de long paraît manquer de muqueuse.

*Lésions microscopiques.* — Desquamation et infiltration de la muqueuse. L'épithélium devient granuleux et disparaît; la muqueuse a disparu complètement. Vestiges de canaux glandulaires, la muscularis mucosal peut manquer également

et la sous-muqueuse est le siège d'une infiltration abondante de petites cellules; on voit des artères et des veines dilatées et thrombosées.

La couche musculaire elle-même peut être désorganisée par des suffusions sanguines et des dilatations vasculaires. Toutes ces lésions sont encore favorisées par les microbes qui désagrègent les tissus mal nourris par une circulation nulle ou très entravée.

---

## PATHOGENIE

---

Les caractères étiologiques précédemment exposés et les constatations anatomo-pathologiques vont nous expliquer ces entérorragies.

### A. — HÉMORRAGIES PRÉCOCES.

Pour les hémorragies précoces, les auteurs ne sont pas d'accord.

a) Schnitzler, le premier, a donné une solution : l'étranglement serré de l'anse herniaire produit une ischémie artérielle et des altérations trophiques des capillaires; mais, comme cet étranglement ne dure pas assez pour aboutir à une thrombose des vaisseaux, il survient, au moment où on lève l'étranglement, une irruption de sang artériel qui fait éclater les vaisseaux déjà affaiblis, et il en résulte une hémorragie sur toute la longueur de l'anse herniaire, longueur qui, dans ce cas, est toujours importante (quarante à soixante centimètres). Cette théorie s'appuie sur l'expérience de la ligature temporaire de l'artère mésentérique, faite et exposée par Litten dans le *Wirchow's Archiv* de 1873 : la ligature temporaire de cette artère chez le chien amène, au bout de deux heures et demie, une destruction des vaisseaux; si on la supprime, le sang se précipite et une hémorragie se produit dans le mésentère; puis, elle s'arrête et la *restitutio ad integrum* se fait; l'hémorragie s'est produite par diapédèse, ce qui expliquera la bénignité de ces hémorragies, comme nous le verrons à propos du pronostic.

b) Mais Kukula tient plutôt compte de la thrombose veineuse et suivant le degré d'étranglement nous aurons :

1° Au premier degré la circulation veineuse est seule inter-

rompue, et la circulation artérielle persistante permet une transsudation de sang dans le sac (liquide abondant constaté à l'ouverture du sac durant la kélotomie). Après cette kélotomie, le sang part avec la première selle; nous obtenons alors des selles sanguinolentes.

2° Au deuxième degré, la stase veineuse amène la thrombose; la circulation est arrêtée, même après la levée de l'étranglement, et le sang des artères afflue et se répand dans l'intestin; la compression veineuse est plus rapide et plus complète que la compression artérielle, car la résistance des parois est moindre. De plus, la présence de liquide sacculaire prouve bien une stase veineuse suivie de transsudation à travers les parois des artères encore perméables.

Cependant, cette thrombose veineuse ne peut suffire pour expliquer seule le mécanisme d'hémorragies aussi abondantes; il faut, pour obtenir une hémorragie spontanée et importante, des troubles artériels comme l'avait indiqué Schnitzler. Aussi, lorsque l'hémorragie est abondante, il faut, outre la thrombose veineuse, des altérations artérielles produites par l'ischémie. Cette thrombose est un phénomène aggravatoire, et elle explique la malignité des hémorragies chez le malade de Kukula, bien qu'encore le volvulus, qui accompagnait l'étranglement herniaire, ne doit pas être oublié.

Signalons encore l'hypothèse de Dietrichs (1908) d'après laquelle le développement des micro-organismes dans ce « vase clos » que constitue l'anse étranglée crée des « lésions ulcéreuses microscopiques » capables d'amener une hémorragie.

#### B. — HÉMORRAGIES TARDIVES.

Pour les hémorragies tardives, elles ne sont pas la suite d'hémorragies précoces; il y a toujours un intervalle net entre l'opération et l'apparition de l'accident; cet intervalle se passe sans troubles à signaler chez le malade.

La cause doit donc être différente de la cause des hémorragies du type Schnitzler.

Kukula a voulu leur appliquer la théorie de la thrombose veineuse, mais elle ne pourra jouer qu'un rôle adjuvant.

a) La théorie d'Ullmann ou théorie du bouchon artériel essaie d'expliquer ces hémorragies : le traumatisme des vaisseaux mésentériques, dû à l'étranglement et à l'opération, a produit des thromboses dans les vaisseaux qui déjà sont athéromateux; si la thrombose se développe dans une grosse branche artérielle, elle détermine un infarctus hémorragique des parois intestinales. Cette théorie s'appuie sur l'expérience de la ligature permanente de l'artère mésentérique (lorsque cette ligature persiste, elle amène une destruction définitive des vaisseaux, l'hémorragie se produit, mais la *restitutio ad integrum* ne se fait pas, alors que nous pouvions l'observer, au contraire, dans l'expérience de la ligature temporaire de l'artère mésentérique, telle qu'elle a été exposée par Litten, et comme nous l'avons déjà montrée précédemment).

M. le Professeur Bégouin a trouvé durant ses expériences que la ligature d'une artère, nourrissant l'intestin sur 15 à 20 centimètres de longueur, amène une nécrose avec légère hémorragie intestinale et péritonéale.

Les manipulations de l'intestin, le traumatisme dû à l'étranglement et à l'opération invoqués par Ullmann pour expliquer ces hémorragies, sont pour Kukula des causes « d'une recherche outrée »; il apparaît, en effet, si exceptionnellement des entérorragies, à la suite d'opérations portant sur l'abdomen, par rapport à la fréquence de ces interventions! Cependant il faut bien dire que ces hémorragies s'observent aussi après la réduction des hernies libres et, dans ce cas, le traumatisme est la meilleure explication du phénomène.

b) La théorie de la gangrène limitée à la muqueuse, exposée par Sauvé dans la *Revue de chirurgie* de 1905, est basée sur les expériences de Nicaise, reprises par Schweninger et Tietze. Pour ces auteurs, la gangrène herniaire, provoquée par la compression des artères et des veines de l'intestin, va de

la muqueuse à la séreuse, de l'intérieur à l'extérieur; il existait durant l'opération une gangrène limitée à la muqueuse, donc sans péritonite; après l'opération, l'eschare tombe car la gangrène, s'arrête, et cette eschare s'élimine plusieurs jours après la kélotomie, provoquant par sa chute une hémorragie redoutable. La théorie est souvent prouvée par la présence, au milieu du sang évacué, de produits sphacelés, d'odeur nauséabonde.

Enfin, un rôle pourrait peut-être, comme le fait remarquer Sauvé, être attribué aux nerfs mésentériques dont la paralysie, lorsqu'elle peut être prouvée, amène une vaso-dilatation des capillaires artériels.

---

## CARACTERES CLINIQUES

---

### A. — HÉMORRAGIES PRÉCOCES.

Elles apparaissent dans les heures qui suivent la kélotomie. Durant l'intervention elle-même, dans l'observation de Mourgues-Molines; dans la nuit qui suit l'opération, comme dans le cas qui nous intéresse; le lendemain ou le jour suivant parfois, en moyenne douze heures après l'opération.

Mourgues-Molines signale la douleur spontanée très vive et la tension extrême de la hernie, comme signes présomptifs de ces entérorragies; chez notre malade également, une douleur intense siégeant au niveau de sa hernie l'oblige à « s'asseoir sur le trottoir ».

La quantité de sang évacué est généralement difficile à évaluer, et l'on a tendance à l'exagérer, mais elle est très variable; car, tantôt nous n'avons qu'une diarrhée pseudo-membraneuse sanguinolente (obs. de Gosset), tantôt nous avons une véritable hémorragie de demi-litre à un litre de sang (celle de notre malade n'a pu être évaluée exactement, mais paraît assez considérable), ou bien la diarrhée sanglante ne se renouvelle pas, ou l'hémorragie apparaît tout à coup pour ne plus récidiver, ou bien nous observons trois ou quatre selles sanglantes successives, mais nous voyons souvent aussi une hémorragie abondante et formée de sang très pur.

Il n'y a généralement pas de modifications dans l'état général; la température s'élève rarement ou l'ascension est légère; le plus souvent, en dépit d'une hémorragie impressionnante, le facies reste bon, l'état général satisfaisant et même le poulx peut ne pas être très modifié.

B. — HÉMORRAGIES TARDIVES.

Elles sont bien différentes :

Les hémorragies ne se produisent que le sixième jour (Luksch et Sauvé), mais elles peuvent se produire plus tard (le septième jour, dans le cas de Canestiro; le onzième jour, dans le cas de Zamazal).

« L'apparition de ces entérorragies se fait toujours sans prodromes; dans tous les cas, sans exception, la bonne santé a été absolue entre l'opération et les entérorragies » (Sauvé).

Leur abondance est variable; le malade de Luksch ne rend pas 150 grammes de sang; un autre en rend un 1/2 litre; le malade d'Ullmann meurt « au bout de son sang ».

Généralement, plusieurs entérorragies ou plusieurs selles sanglantes se succèdent dans la même journée ou pendant les jours suivants et finissent souvent par tuer le malade.

Les selles sont noires ou grises et d'odeur repoussante; l'état général s'altère et le pouls est petit.

---

## DIAGNOSTIC

---

I. — Dans les *hémorragies précoces*, la constatation de sang évacué par l'anus quelques heures après la levée d'un étranglement herniaire par la kélotomie, sans modification importante de l'état général, accompagnée d'une élévation de température minime ou sans élévation, que rien n'explique du côté des autres organes, fera diagnostiquer une hémorragie type Schnitzler.

II. — Pour les *hémorragies tardives*, le diagnostic se fera sur l'apparition soudaine, sans podromes, d'une hémorragie de sang noir ou de selles sanglantes, grisâtres ou noirâtres, à partir du septième jour après une intervention au niveau d'une hernie étranglée, un très bon état général ayant régné dans l'intervalle qui a séparé l'opération de l'accident.

N'oublions pas cependant de faire un toucher rectal pour être assuré que le malade n'est porteur ni d'hémorroïdes, ni de tumeur et autres lésions susceptibles de saigner. Si ces hémorragies frappent et attirent immédiatement l'attention du malade et du médecin, les selles sanglantes frappent moins; or, elles sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit, et la constatation de caillots sanguins se reproduisant à de longs intervalles ne sont pas rares après la réduction des étranglements. Il faudrait faire un examen systématique des fèces du malade ayant subi cette intervention, noter la plus petite élévation de température temporaire, surtout si elle ne trouve son explication ni du côté de la plaie, ni du côté des voies respiratoires.

## PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

---

I. — Pour les *hémorragies précoces*, les auteurs, surtout les Autrichiens, et même Sauvé ont insisté sur leur bénignité.

En effet, sur les cas mortels observés (4 cas), le malade de Schnitzler est mort d'infarctus pulmonaire et, de plus, le malade était alcoolique; le malade de Luksch meurt de toxoinfection généralisée; le volvulus étendu observé à l'autopsie du malade de Kukula est une raison peut-être plus importante que la simple hémorragie pour expliquer la mort; le malade de Preindsberger meurt de broncho-pneumonie.

Notre malade confirme cette opinion puisque son hémorragie n'a eu aucune suite, et qu'il est sorti de l'hôpital en très bonne santé; cependant on peut dire que les accidents hémorragiques du tube digestif dans les hernies sont toujours redoutables, et il peut toujours subvenir aussi bien dans les hémorragies de Schnitzler que dans celles de Ullmann une oblitération des vaisseaux du mésentère qui entraîne une gravité exceptionnelle.

II. — Pour les *hémorragies tardives*, elles sont franchement redoutables et « suffisent à elles seules à tuer le malade sans aucune autre complication » (Sauvé). Il existe au niveau de l'intestin une véritable plaie qui provoque des entérorragies abondantes et répétées et, si elles ne tuent pas toujours, elles peuvent du moins être très menaçantes (Zamazal, Lauenstein, Sauvé). En dehors du danger certain d'une hémorragie, une complication est à redouter, car elle peut arriver par la suite et exiger une deuxième intervention : il s'agit de la sténose de l'intestin; un seul cas donné par Luksch nous montre qu'à

la suite d'une hémorragie tardive vint s'établir une sténose de l'intestin; ce cas est isolé mais significatif. D'ailleurs, Maas décrit une sténose survenant après l'opération d'une hernie étranglée, qui exigea une résection de l'intestin vingt et un jours après. La constatation microscopique de la partie sténosée montre une muqueuse très mortifiée, une sous-muqueuse envahie par le tissu conjonctif, une musculature bien conservée et une séreuse très épaisse, une infiltration cellulaire de toutes les stratifications avec des restes de matières sanguinolentes; il y aurait eu hémorragie. Des expériences faites par Maas sur le lapin (disparition de la muqueuse et sténose par la suite) justifient les craintes de sténose de l'intestin, comme complication de hémorragies tardives.

N'oublions pas, comme nous l'avons vu dans l'étiologie, le rôle des affections hépatiques et dyscrasiques; elles assombrissent le pronostic et rendent dangereuse l'opération que doit supporter le sujet; rappelons aussi cette complication sérieuse puisqu'elle exige une deuxième intervention, nous voulons parler de la sténose de l'intestin, que nous avons déjà indiquée.

---

## TRAITEMENT

---

Les petites hémorragies, constatées assez souvent dans l'examen des selles après la kélotomie, nous feront envisager un traitement prophylactique et, la complication étant survenue malgré ces précautions, nous envisagerons un traitement symptomatique; enfin, il a été proposé un traitement chirurgical.

### A. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Repos pendant les quinze jours qui suivront l'intervention, nourriture légère et surtout liquide pour ne pas fatiguer le tube digestif. Veiller sur les selles afin qu'elles soient régulières et normales. Petits laxatifs ou lavements émollients lorsqu'il y a constipation; opium ou lavements amidonnés lorsqu'il y a diarrhée.

### B. — TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE.

L'accident apparaît cependant. Faire agir les hémostatiques habituels, l'ergotine en injections sous-cutanées, vessie de glace sur le ventre. Faire sucer des morceaux de glace. Opium contre le péristaltisme. Lavements d'eau bouillie (300 grammes) avec 1 g. 5 de chlorure de calcium pris lentement, ou XX gouttes de teinture d'opium pendant quatre jours. Adrénaline : X gouttes par heure de la solution au 1/1.000 par la bouche. Mais surtout tenir le cœur par des injections répétées de sérum artificiel, par l'huile camphrée lorsque la fréquence et l'abondance de l'hémorragie affaiblissent le pouls et font craindre la syncope. Enfin, au besoin, transfusion.

C. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Un traitement chirurgical a été proposé par Sauvé dans les hémorragies du type Ullmann : la résection intestinale, avec une entéro-anastomose. Ce serait un traitement de la dernière heure.

Durant toute la maladie, la nourriture doit être légère, uniquement composée de lait jusqu'à l'obtention de selles normales, ensuite laitages, puis des œufs pendant quelques jours.

Si le malade est trop faible pour se nourrir lui-même : lavements alimentaires ou lavements au sérum glucosé.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION INÉDITE.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

#### *Hernie inguinale étranglée. Kélotomie. Entérorragie. Guérison*

F. F..., 58 ans, employé de commerce. Le malade est apporté d'urgence à l'hôpital Saint-André où il est admis, salle 18, parce qu'une hernie dont il est porteur est devenue subitement douloureuse et irréductible.

Cette hernie date « de toujours ». Le malade raconte que, dans sa première enfance, il portait déjà un petit bandage pour hernie bilatérale. Au moment de la puberté, l'une de ces hernies a disparu. La hernie gauche a persisté. Longtemps cette hernie reste peu volumineuse, rentrant très facilement et n'ayant jamais fait souffrir le malade.

Il y a quatre ans, elle augmente brusquement de volume et descend dans les bourses; cette augmentation est accompagnée d'une vive douleur et la hernie ne rentre plus. Le malade se met au lit et y restera huit jours : ce n'est qu'au bout du quatrième jour que, avec le repos et les manœuvres de taxis, la hernie peut être réduite.

Depuis lors, aucun incident semblable ne survient et la hernie, qui est restée volumineuse et scrotale, ne fait pas souffrir son porteur.

Brusquement, le mardi 16 juin 1931, le malade, passant dans la rue, est pris de nausées et se met à vomir; il est obligé de s'asseoir sur le trottoir, car une douleur intense siégeant au niveau de sa hernie et postérieure à son vomissement l'arrête maintenant. Il se fait accompagner chez lui, constate alors que sa hernie est volumineuse, douloureuse, et qu'elle ne rentre plus.

Il vomit de nouveau quatre fois consécutives. Le malade ne se préoccupe pas outre mesure de cet accident et attend les événements; dans les jours qui suivent, il vomit tous les jours tout ce qu'il essaie d'avaler.

Enfin, le samedi suivant, il a des vomissements marron foncé qui ont une odeur fécaloïde très nette.

A ce moment, on trouve la bourse gauche très augmentée de volume. Elle est occupée par une masse tendue et douloureuse, à pédicule supérieur, que l'on suit jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Cette tumeur est absolument irréductible.

Température : 36°5; pouls : 96. On porte le diagnostic de hernie inguino-scrotale gauche étranglée et on intervient.

*Antécédents.* — N'aurait jamais eu de maladie sérieuse.

N'a pas fait de service militaire, dont il a été exempté pour sa hernie.

Déclare n'avoir eu ni typhoïde, ni dysenterie. Il y a quinze mois cependant, serait resté un mois au lit avec une forte fièvre avec céphalée intense et de l'obnubilation. Soigné en ville, on ne lui a pas dit la maladie qu'il avait eue. Après cette maladie il aurait eu une grande faiblesse avec boulimie et serait resté depuis dur d'oreille.

L'examen général ne permet de rien relever d'anormal pour le poumon, le cœur et le système nerveux.

M. le Docteur Auché trouve une hernie volumineuse : il y a dans le sac plusieurs anses grêles et une grande partie du côlon sigmoïde avec une grosse masse épiploïque. Les anses, quoique rouge foncé, se contractent bien; le sac est particulièrement adhérent. Cure chirurgicale par le procédé de Povtemski après résection épiploïque.

Anesthésie à l'éther: On installe un Murphy à l'opéré. Celui-ci, vers minuit, encore sous l'influence de l'éther, se lève, prend une bouteille d'eau au chevet de son lit et boit; puis il arrache son pansement; celui-ci est aussitôt refait par la sœur de garde; vers 3 à 4 heures du matin, il demande le bassin et rend par l'anus une quantité assez forte, quoique difficilement appréciable, de sang à peu près pur et rouge; à ce moment, il est assez fatigué; son pouls est très petit.

On lui fait des piqûres d'huile camphrée et de caféine et des injections de sérum sous-cutanées. Toutes les deux heures, dans les heures qui suivent, on lui injecte des toni-cardiaques. Toute la journée du lendemain on est encore obligé de soutenir son cœur.

La nuit suivante est meilleure; depuis lors, l'opéré va mieux et les suites opératoires sont absolument régulières.

Il quitte l'hôpital en parfait état le 19 juillet 1931.

#### OBSERVATION I.

(SCHNITZLER, *Internationale Klinische Rundschau*, 1894.)

Karoline W..., 47 ans, porte une hernie inguinale droite depuis sa première enfance; elle s'est brusquement accrue et devient douloureuse et irréductible dans la nuit du 24 avril 1892; état général grave et vomissements; on fait la herniotomie : après l'ouverture du sac, il s'écoule un liquide abondant et sanguinolent; il contient une anse de 60 centimètres de long, rouge sombre; la séreuse n'est pas altérée; l'anneau très serré, les sillons de striction sont pâles, mais brillants; on fait la réduction (cinq heures après la production de l'étranglement). Amélioration après l'opération, mais la nuit suivante, en trois fois, évacuation de quantités importantes de sang mêlé aux matières fécales : 1 litre de sang environ au total; on soigne la malade avec la teinture d'opium et la glace sur le ventre; le quatrième jour, nouvelles selles couleur de suie, terminaison et guérison le vingt-cinquième jour.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

#### OBSERVATION II.

(ULLMANN, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1897.)

I. M..., 50 ans, a depuis vingt ans une hernie ombilicale, plusieurs fois étranglée et plusieurs fois réduite; après un nouvel étranglement qui dure quatre jours, kélotomie; anse courte, mais l'intestin reprend sa couleur normale. Cure radicale. Le septième jour

seulement, une selle sanglante contenant 1 litre de sang pur, puis trois nouvelles selles sanglantes le jour suivant, et le neuvième jour, encore une selle sanglante. Mort le dixième jour. Pas d'autopsie.

Comme antécédents : ictère à 20 ans; athérome vasculaire; adipeuse cardiaque.

Hémorragie tardive, du type Ullmann.

#### OBSERVATION III.

(SCHMIDT, cité par ULLMANN, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1897).

Homme de 64 ans, artério-scléreux, a depuis quatre heures une hernie inguinale droite étranglée. Douleur très vive. Kélotomie immédiate : anse grêle de 60 centimètres. Quatre heures après l'opération, trois selles de sang pur, contenant au total 1 litre. Par la suite, le troisième jour, selles couleur de suie, puis selles normales. Guérison.

Hémorragie précoce du type Schnitzler.

#### OBSERVATION IV.

(FICKL, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1895.)

Homme de 67 ans, athéromateux et obèse; hernie inguinale gauche étranglée depuis quatre jours, de la grosseur d'un œuf de poule. Kélotomie. Selles normales durant quinze jours et le seizième jour, hémorragie de un demi-litre de sang noir. Guérison.

Hémorragie tardive, du type Ullmann.

#### OBSERVATION V.

(SCHNITZLER, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1896.)

Hernie inguinale gauche datant de vingt ans, chez un homme de 43 ans; après un étranglement de vingt-quatre heures, on fait la kélotomie : anse de 30 centimètres de long, de couleur douteuse.

Dans les vingt-quatre heures, une selle sanglante, puis deuxième le jour suivant. Mort, et à l'autopsie on trouve une gangrène de la muqueuse. L'intestin semble avoir été réduit, gangréné et il y a eu perforation. Ce n'est donc pas une hémorragie du type Schnitzler.

• OBSERVATION VI.

(ZAMAZAL, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1897.)

V. S..., 58 ans. Pouls faible. Artères athéromateuses. Hernie du côté gauche, grosse comme un œuf de poule. Existe depuis quinze ans. Opération pratiquée vingt-sept heures après l'étranglement sans narcotique. Dans le sac herniaire se trouvait une grande quantité d'eau. Intestin rouge foncé, anneau herniaire fortement resserré, laissant à peine passage à un ongle. Traitement radical onze jours après hémorragie, par l'anus, de 0 l. 50 de sang pur. Hémorragie profuse se répéta trois fois pendant la nuit, si bien que le malade devint très anémique. Le jour suivant on pouvait remarquer à la palpation une tumeur dans la région droite de la cavité abdominale, de la grosseur d'un œuf de poule ou d'un poing. Le moment de sa formation correspondait justement au moment de l'hémorragie sur l'intestin. En dépit de l'emploi d'opium, d'ergotine, de bismuth, etc., l'hémorragie se répéta une fois le jour, trois fois la nuit. Puis les hémorragies cessèrent et la disparition de la tumeur commença. Dans tout le cours de la maladie pas de fièvre, le thermomètre n'arriva jamais à 37 degrés. Guérison.

OBSERVATION VII.

(SCHNITZLER, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1897.)

Hernie inguinale gauche datant de neuf ans chez un homme de 42 ans. L'étranglement dure vingt-six heures. Kélotomie : une anse de 22 centimètres d'intestin brun avec testicule au fond du sac; liquide sacculaire sanguinolent. Vingt-six heures après l'opération, émission de quatre selles sanglantes. Guérison le vingt-neuvième jour.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

OBSERVATION VIII.

(VERDELET, cité par CASTAGNOL, thèse de Bordeaux, 1897.)

Homme de 40 ans, porteur d'une hernie étranglée depuis quatre jours. Le malade est opéré par le Docteur Bégouin, chef de clinique dans le service de M. le Professeur Demons. A l'ouverture du sac, anse très congestionnée et, par places, ecchymotique, mais il y avait eu des efforts de taxis préalables. Réduction. Dans la nuit suivante, une forte hémorragie intestinale succède à une forte envie d'aller à la selle. Injection d'ergotine et glace sur le ventre. Guérison parfaite.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

OBSERVATION IX.

(LUKSCH, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1898.)

Hernie inguinale datant de l'enfance. Cinq heures et demie d'étranglement chez un homme de 31 ans. Kélotomie. Liquide sanguinolent dans une anse de 40 centimètres de long. Hémorragie sous-séreuse. Six jours après l'intervention, le malade évacue par l'anus un verre de sang pur. Les selles suivantes sont noires, puis guérison, mais rétrécissement graduel de l'intestin qui nécessitera une résection intestinale.

Hémorragie tardive, du type Ullmann.

OBSERVATION X.

(LUKSCH, obs. II, *loc. cit.*, 1898.)

Hernie inguinale datant de la jeunesse. L'étranglement dure vingt-quatre heures. Kélotomie et cure radicale par le Bassini.

Deux anses intestinales, l'une mesurant 10 centimètres et l'autre 40 centimètres. Dès le premier jour de l'opération, évacuation d'une grande quantité de sang et mort.

A l'autopsie, péritonite suraiguë et gangrène de la muqueuse.

OBSERVATION XI.

(PREINDLSBERGER, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1896.)

Hernie inguinale datant de dix ans chez un homme de 46 ans. L'étranglement dure huit heures. Kélotomie : liquide herniaire, sanguinolent. Anse de 2 mètres de long. Dans la nuit suivante, quatre selles sanglantes. Le lendemain, nouvelle selle sanglante et le malade meurt. Autopsie : Pneumonie droite ayant déterminé la mort.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

OBSERVATION XII.

(PÉCHEUX, 1899, cité par Contant, thèse de Lyon, 1906-07.)

Femme de 58 ans, obèse, porte une hernie ombilicale depuis vingt-huit ans; cette hernie est volumineuse. Après un étranglement de vingt-quatre heures, on fait l'opération : liquide herniaire sanguinolent. Anneau très serré. Réduction. Le lendemain, deux selles sanglantes : environ 200 cc. de sang. Guérison rapide.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

OBSERVATION XIII.

(BERGMAN, *Centralblatt für Chirurgie*, 1899.)

Hernie inguinale qui reste étranglée durant six heures chez un homme de 33 ans. Kélotomie : anneau serré; liquide herniaire clair, 1 mètre d'anse rouge sombre. Six heures après l'opération, une selle de sang dilué, puis nouvelle selle de sang pur dans la nuit. Guérison. Mais il faut signaler une chute sur un coin de bois, portant sur le ventre et qui aurait été cause de l'étranglement.

OBSERVATION XIV.

(LAUENSTEIN, *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, Leipzig, 1900.)

Hernie ombilicale étranglée et dont l'étranglement est de six heures, chez une femme de 50 ans. Kélotomie d'emblée : anneau

très serré et liquide sacculaire clair et peu abondant; 1 mètre d'anse grêle rouge sombre, sans taches suspectes. Evolution normale, durant douze jours, et le treizième après l'opération, entérorragie très abondante et très grave; malade sans pouls et couverte de sueurs froides. Guérison. Signalons une parotidite non suppurée durant la convalescence.

Hémorragie tardive, du type Ullmann.

#### OBSERVATION XV.

(KUKULA, *Archives bohêmes de médecine clinique*, 1900.)

Chez un homme de 25 ans, hernie inguinale congénitale grosse comme une tête d'enfant. Etranglement de douze heures. Après essai de taxis on fait une hernio-laparotomie. Liquide sacculaire sanguinolent et, dans le sac, deux anses grêles de 40 et de 20 centimètres noires. Dans l'anse de 40 centimètres, infarctus hémorragique et de plus, dans le ventre, on découvre un volvulus de 360° autour du mésentère. Vingt heures après cette opération, collapsus et le malade « baigne dans une mare de sang ». Le collapsus cesse, mais, durant la nuit, le malade meurt; il fut démontré par les préparations que les artères étaient libres et les veines oblitérées. Les anses en volvulus étaient infarctées.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

#### OBSERVATION XVI.

(WIART, 1900, indiquée par SAUVÉ, *Revue de chirurgie*, 1905.)

Hernie inguinale étranglée; l'étranglement dure vingt-quatre heures. Le malade a 45 ans. Kélotomie : le liquide du sac est peu abondant; l'anse est assez courte; le troisième jour, hémorragies abondantes et mort après trois selles sanglantes. Mais il y avait eu également, les jours précédents, un état typhoïde.

Hémorragie tardive, du type Ullmann.

OBSERVATION XVII.

(SAUVÉ, 1903, *Revue de chirurgie*, 1905.)

Hernie crurale droite, qui date de quatre ans. L'étranglement dure trois jours. Kélotomie avec cure par le procédé Delagénière.

Le sac contient quelques grammes d'un liquide roussâtre et une anse grêle de 10 centimètres, rouge sombre, sans sphacèle; anneau peu serré. Bien jusqu'au sixième jour, mais ce jour-là, selles très abondantes de sang coagulé mélangé à des produits sphacelés. Pas de température et pouls ne dépasse pas 100. Guérison.

Hémorragie tardive, du type Ullmann.

OBSERVATION XVIII.

(GOSSET, 1904, rapportée par SAUVÉ, *Revue de chirurgie*, 1905.)

Hernie inguinale congénitale chez un étudiant en médecine de 17 ans.

L'étranglement dure quatre heures et demie. Kélotomie et cure radicale par le Bassini. Le liquide du sac est abondant et sangui-nolent. Anse très longue et très rouge, réduite aussitôt. Dans les quarante-huit heures suivantes, diarrhée pseudo-membraneuse sanglante avec disparition d'une légère élévation de température qui durait depuis l'intervention. Guérison.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

OBSERVATION XIX.

(LABARRIÈRE, 1904, rapportée par SAUVÉ, *Revue de chirurgie*, 1905.)

Hernie inguinale depuis vingt-cinq ans et double.

La hernie droite s'étrangle et devient très grosse. L'étranglement dure quatorze heures. Kélotomie : longue anse, violacée; peu de liquide dans le sac. Réduction difficile le troisième jour, deux verres de sang noir suivent un lavement et durant trois jours, à chaque selle, le malade évacue un peu de sang. Guérison.

Hémorragie tardive, du type Ullmann.

OBSERVATION XX.

(GAUTHIER, 1905, rapportée par CONTANT, thèse Lyon, 1906-1907.)

Femme de 55 ans. A une hernie ombilicale depuis six ans. Crises d'étranglement après les repas copieux; elles cèdent au repos; deviennent plus fréquentes, et enfin crise plus forte et après neuf heures d'étranglement, kélotomie. Anse de 20 centimètres de long, petits hématomes sur le mésentère. Le lendemain, la malade évacue un demi-litre de sang par l'anus, et le surlendemain nouvelles selles sanglantes; le pouls est bon. Le troisième jour, tout est terminé et la malade est guérie.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

OBSERVATION XXI.

(GAUTHIER et THÉVENOT, citée par CONTANT, *loc. cit.*, 1905.)

Femme obèse de 52 ans. Hernie ombilicale depuis douze ans. Une crise d'étranglement avec vomissements fécaloïdes. Kélotomie, bonnes suites opératoires immédiates, puis retour progressif de la hernie. Le 26 novembre 1905, la réduction est impossible et la hernie est devenue grosse comme le poing et douloureuse. Kélotomie : anse grêle de 25 centimètres de long avec liquide sanguinolent dans le sac; anneau serré. Réduction. Dans la nuit qui suit cette opération, entérorragie de 3 à 4 litres de matières spumeuses et noir rouge, formées de sang pour moitié. Le lendemain, état général satisfaisant; pouls bon; pas de température. Pétéchies et varices sur les membres inférieurs. Le surlendemain, on note une aggravation avec délire et nouveaux melænas. Le 2 décembre, ictère de tout le tégument. Ascite. Le 7 décembre, éviscération avec issue d'un paquet d'intestins sous le pansement. On le réintègre, mais la malade meurt six jours après. Autopsie impossible.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

OBSERVATION XXII.

(DIETRICH, *Rousky chirurgitchesky Archiv*, 1908.)

Hernie inguinale étranglée. Réduction incomplète par le taxis et entérorragie. Kélotomie, après laquelle nouvelle entérorragie. Guérison.

Hémorragie précoce.

OBSERVATION XXIII.

(DIETRICH, *loc. cit.*, 1908.)

Hernie étranglée depuis sept heures. Kélotomie : liquide sacculaire très abondant. Quatre heures après la kélotomie, hémorragie de sang vermeil (3 verres); elle se renouvelle quelques heures après. Guérison.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

OBSERVATION XXIV.

(DUCASTAING, *Paris médical*, 1921.)

Hernie inguinale depuis vingt-deux ans chez un homme de 40 ans. L'étranglement dure quatre heures. Kélotomie : liquide sacculaire abondant avec énorme paquet d'anses grêles. Une demi-heure après, hémorragie intestinale qui remplit un demi-bassin. Guérison.

Hémorragie précoce, type Schnitzler.

OBSERVATION XXV.

MOURGUES-MOLINES et FAYOT, *Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 1924-1925.)

Chez un homme de 67 ans, sans antécédents, hernie inguinale bilatérale depuis quatre ans. La droite subit plusieurs fois des crises d'étranglement et le 6 février 1925 elle s'étrangle. Vomissements bilieux et douleurs vives au niveau de la hernie, très tendue. A

gauche, hernie irréductible, non douloureuse. Kélotomie : liquide roussâtre dans le sac et anse de 40 centimètres de longueur d'intestin. Collet serre médiocrement. L'anse est rouge vineux et se contracte bien sous un jet de sérum artificiel tiède. Le mésentère est rouge noir avec des suffusions sanguines. Réduction et cure radicale. Pendant cette opération, malaises, agitation, pâleur et pouls à 160. On pansa et au premier tour de spica, un liquide chaud coule sur la main : un sang vermeil est évacué par l'anus dont le sphincter est paralysé par anesthésie rachidienne. Le pouls devient imperceptible, tant l'hémorragie est abondante. Le lendemain, le malade est calme, le pouls est à 104 et la température à 37 degrés. Au quatrième jour, il n'y a plus aucun trouble, le malade est guéri.

Hémorragie précoce, du type Schnitzler.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — Les entérorragies après kélotomie dans les hernies étranglées sont rares, mais ne sont pas exceptionnelles : nous avons recueilli, dans ce modeste travail, vingt-six observations.

II. — Nous divisons les entérorragies en hémorragies précoces, qui surviennent dans les vingt-quatre heures, et en hémorragies tardives, qui ne surviennent qu'au sixième ou au septième jour.

III. — Les hémorragies précoces sont peu connues au point de vue anatomo-pathologique; les hémorragies tardives sont accompagnées de lésions importantes de la muqueuse intestinale et des vaisseaux au niveau de l'anse étranglée, de lésions de la paroi en amont, source possible d'hématémèses, et le sujet est généralement athéromateux.

IV. — Les hémorragies précoces seraient dues à l'ischémie artérielle (théorie de Schnitzler) et aggravées souvent par la thrombose veineuse (Kukula).

Les hémorragies tardives sont dues à une thrombose des artères mésentériques provoquées par le traumatisme durant l'étranglement et durant l'intervention (théorie d'Ullmann), ou bien seraient dues à une gangrène limitée à la muqueuse intestinale.

V. — L'abondance de ces hémorragies est variable depuis l'évacuation de diarrhée sanguinolente jusqu'à celle de 1 ou 2 litres de sang pur et vermeil.

Dans les hémorragies précoces, très souvent l'état général est peu modifié, mais dans les hémorragies tardives, le malade peut mourir « au bout de son sang », et elles peuvent s'accompagner de l'évacuation de produits sphacelés d'odeur repoussante.

VI. — Après la kélotomie pour hernie étranglée, des selles plus ou moins teintées de sang ne sont pas très rares et il faudra rechercher si leur cause réside dans l'étranglement herniaire et la kélotomie. Ce sera parfois difficile à établir.

VII. — Le pronostic est bénin le plus souvent pour les hémorragies précoces et très grave pour les hémorragies tardives. Enfin, il faut penser à une sténose possible de l'intestin, comme séquelle de ces hémorragies tardives.

VIII. — Le malade doit être surveillé après la kélotomie, surtout au point de vue de ses selles. Lorsque l'accident survient, il faut le combattre par les hémostatiques et relever le cœur par les toni-cardiaques. « *In extremis*, dans les hémorragies tardives, on pourra peut-être tenter la résection de l'intestin. » (Sauvé.)

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : Le Doyen,

Le Président,

C. SIGALAS.

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 16 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

I. — DE SCHNITZLER (1894) A SAUVÉ (1905).

### 1° Partie clinique.

- SCHNITZLER. — Ueber Darmblutungen nach Reposition im carcerirter Hernien. *Internationale klin., Rundschau*, 1894, n° 14.
- FICKL. — Ueber Fall von Darmblutung nach Herniotomie. *Wiener klin. Wochensch.*, 1897, n° 24.
- SCHNITZLER. — Zur Frage nach dem Zustandkommen, von Darmblutungen nach Herniotomien. *Wiener mediz. Wochensch.*, 1897, n° 34.
- ZAMARAL. — Ueber Darmblutung nach Herniotomie. *Wiener mediz. Wochensch.*, 1897, n° 38.
- LUKSCH. — Ueber Darmblutung und Darmstenosen nach Brucheingklemmung. *Wiener klin. Wochensch.*, 1898, n° 44.
- KUKULA. — L'étiologie des entérorragies consécutives à l'étranglement des hernies. *Arch. bohêmes de méd. clinique*, 1900, t. I.
- TIXIER et VIANNAY. — Hémorragies intestinales dans l'occlusion intestinale aiguë. *Gazette hebd.*, 1900, n° 76.
- PREINDSLBERGER. — Ueber Darmblutungen nach Reposition incarcerirter Hernien. *Wiener Klin. Wochensch.*, 1901, XIV.
- BERGMANN. — Darmblutung nach Reposition incarcerirter Hernien. *Centralbl. für Chir.*, Leipzig, 1901, XXVIII.
- LAUENSTEIN. — Hæmatemesis 13 Tage nach Operation einer incarcerirter Nabelhernie, *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, Leipzig, 1900, t. VII.
- SOLOVOFF. — Un cas d'hémorragie intestinale consécutive à la herniotomie. *Chirurgia moskova*, 1901, t. IX.
- KOSSOBUDZKI. — Les hémorragies intestinales dans les hernies étranglées. *Chirurgia Vazawzka*, 1902.

COURTOIS-SUFFIT. — Traité de médecine, Bouchard, Charcot, Bressaud, t. III : article « Hémorragies intestinales ».

CASTAGNOL. — Entérorragies herniaires. Thèse de Bordeaux, 1901, n° 33.

2° Partie étiologique.

NICAISE. — Thèse de Paris, 1866.

LITTEN. — Ueber die Folgen des Verschlusses der Arteria mesaraica superior. *Virchow's Archiv*, Bd. 63.

SCHWENINGER. — Experimentelle Studium über Darmeinklemmung. *Archiv. für Heilkunde*, 1873, Leipzig.

TIETZE. — Klinisch experimentelle Beiträge zur Lehre von der Incarceration. *Langenbeck's Archiv*, Bd. 49.

KOCHER. — Zur Lehre von der Brucheinklemmung. *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, 1877.

J. RENAUT. — Article « Hémorragie », du *Dictionnaire Dechambre*, 1888.

FRANKE. — Die Amputatio femoris als Ersatz der Exarticulatio Coxae. *Centralbl. für Chir.*, 1892, n° 45.

EISELSBERG. — 7 cas d'hémorragies gastriques ou duodénales, consécutives à des réséctions de l'épiploon. Congrès de chir. allemand, 1899.

Articles *Hernies* de BERGER, Par., in DUPLAY, RECLUS; de JABOULAY, in LE DENTU, DELBET.

*Les Hernies*, E. Rochard, Paris, 1903.

BÉGOUIN. — *Arch. de physiol.*, p. 39.

RÉGNIER. — Congrès de chir., 1903.

II. — DE SAUVÉ : 1905 à 1932.

SAUVÉ. — Des hémorragies intestinales consécutives à l'opération des hernies en général. *Rev. de chir.*, 1905, t. XXI, p. 211.

GAUTHIER. — Hémorragies intestinales dans la hernie ombilicale étranglée. *Lyon médical*, 1907, t. CVIII, p. 853.

CONTANT. — Des hémorragies dans la hernie ombilicale étranglée. Thèse de Lyon, 1907, n° 86.

- ROBINSON. — On the use of the taxis for Hernia, and on some complications that may arise during and after its employment. *British Med. Journ.*, 1907, t. I, p. 14.
- LEE. — Gastrointestinal hemorrhage following radical operation for Hernia. *Annales of Surgery*, 1908, t. XLVIII, p. 632.
- DIETRICH. — De l'origine des hémorragies intestinales consécutives au traitement des hernies étranglées. *Rousky Chirourguitchesky Arch.*, 1908, t. XXIV, p. 524.
- FORNACA et SERAFINI. — Entérorragie consecutive all' operazione di ernia inguinale libera. *Giorn. d. R. Accad. di Med. de Torino*, 1909, t. XV, 103, et *Gazz. Med. Lomb.*, 1909, t. LXVIII.
- FARCY. — Hématémèse et hernie étranglée. *Rev. générale de clin. et de thérap.*, 1910, t. XXIV, p. 135.
- CANESTRO. — Die Spätdarmblutungen nach der Brucheinklemmungsoperation. *Deutsche Zeitsch. für chir.*, 1910, t. CV.
- Entérorragie mortelle, consécutive à l'opération de hernie étranglée. *Médecine des accidents du travail*, 1910, t. VIII, p. 223.
- ALEXANDER. — Report of 105 cases of strangulated hernia. *Annals of Surgery*, 1913, t. LVIII, p. 639.
- PATEL. — Entérorragie secondaire consécutive à une hernie ombilicale étranglée. *Lyon chirurgical*, 1920, t. XVI, p. 457.
- CUMSTON. — Enterorrhagia in Hernia. *Internation. clin.*, Philadelphia, 1921, t. I, p. 38.
- ALOÏ. — Delle hemorragie gastrointestinali consecutive ad herniotomie. *Gazz. med. Napolit.*, 1921, t. IV, p. 87.
- DUCASTAING. — Note sur un cas d'hémorragie intestinale précoce consécutive à la kélotomie. *Paris médical*, 1921, t. XXXIX, p. 171.
- PATEL. — Hernies. *Traité de chirurgie*, Delbet, 1924.
- ACQUAVIVA et CARRE. — Complications des hernies. *Gazette des hôp.*, n° 30, 1924, p. 497.
- MOURGUES-MOLINÉS. — Les entérorragies herniaires précoces. *Montpellier médical*, 1925, t. XLVII, p. 193.





